

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

SUZANNE JAMBON

Née à SAINT-MARCELLIN (Isère) le 24 Novembre 1905

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la forme pseudo-phlegmoneuse
de l'angine diphtérique

Président de Thèse : M. le Professeur SEBILEAU

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

SUZANNE JAMBON

Née à SAINT-MARCELLIN (Isère) le 24 Novembre 1905

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la forme pseudo-phlegmoneuse
de l'angine diphtérique

Président de Thèse : M. le Professeur SEBILEAU

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
Clinique des maladies infectieuses	CUNEO.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
N.....	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY - RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE...	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FISSINGER. . .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.

MM.	
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique obstétricale.
LE LORIER. . .	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

In memoriam.

A MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de ma profonde
affection et de l'infinie reconnais-
sance que je leur dois.*

A MON MARI,
LE DOCTEUR YVES JAMBON

A MON BEAU-PERE
Le DOCTEUR JEAN JAMBON

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHENET
Professeur de Clinique Ophtalmologique
et Oto-Rhino-Laryngologique.

En témoignage de notre attachement respectueux et de notre reconnaissance pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués durant le cours de nos études.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE RENNES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOLLET
Professeur de Clinique Médicale ;
Directeur de l'Ecole de Médecine ;
Membre C. N. de l'Académie de Médecine ;
Officier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY
Professeur de Clinique Médicale.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARDOUIN
Professeur de Clinique Obstétricale ;
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE RENNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses conseils.
Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de notre sincère gratitude.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILEAU

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique ;

Médecin de l'Hôpital Lariboisière ;

Membre de l'Académie de Médecine ;

Commandeur de la Légion d'Honneur.

A qui nous exprimons notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THESE

INTRODUCTION

La diphtérie fut de tout temps une affection qui préoccupa, d'ailleurs avec raison, les cliniciens. La découverte du bacille de Loeffler permit de dégager nettement l'angine diphtérique du chaos des angines.

On s'aperçut ensuite que ce bacille n'était pas le seul capable de créer des fausses membranes : il fut démontré, irréfutablement, que diverses bactéries telles que le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, etc..., pouvaient également en amener la formation.

Le jour où des examens bactériologiques furent systématiquement pratiqués dans tous les cas d'angine, la preuve fut faite que l'angine diphtérique n'était pas toujours cliniquement caractérisée par la présence de fausses membranes : d'où la notion d'angine diphtérique à formes catarrhale, érythémateuse, fultacée, herpétique, etc...

Parmi les angines ayant une individualité très nette, l'angine phlegmoneuse, par sa forme claire-

ment définie, ses caractères vraiment tranchés, semblait absolument isolée.

Or, nous savons maintenant de façon certaine, depuis une communication de M. Louis Martin à la Société Médicale des Hôpitaux, et plus tard un article du même auteur paru dans le *Bulletin Médical* :

1° que l'on peut voir un phlegmon vrai de l'amygdale se compliquer de diphtérie ;

2° qu'il existe une angine diphtérique à forme pseudo-phlegmoneuse.

HISTORIQUE

Bien qu'assez rare, et même considérée comme exceptionnelle par certains cliniciens, l'association de diphtérie et phlegmon amygdalien n'a pas manqué d'être signalée depuis longtemps par différents auteurs.

Un des premiers, Maingault, dans une note qui parut en 1859 sur la paralysie dans les angines, rapporte deux cas d'abcès amygdaliens qui se compliquèrent d'une angine couenneuse et furent suivis de paralysie. Ne pouvant rapporter les faits constatés à leur véritable cause, cet observateur mentionnait simplement « que l'on pouvait voir survenir, au cours de cette affection, des complications analogues à celles que l'on observe dans la diphtérie ».

Marquez, Becquerel, Germain Sée, Mayer signalèrent après lui des faits semblables.

Marquez, de Colmar, écrivait en 1860 : « L'angine diphtérique n'est pas seule en possession du fâcheux privilège d'entraîner à sa suite des lésions profondes et parfois très graves de la sensibilité et de la moti-

lité... On a vu la paralysie, même généralisée, succéder à une angine phlegmoneuse avec fonte des amygdales. »

Plus tard, dans son traité classique des angines, au chapitre de la périamygdalite phlegmoneuse, Lasèque nous dit que « chez quelques malades, l'inflammation qui s'est propagée aux parties voisines a pour conséquence une paralysie du voile du palais... On voit plus souvent chez les adolescents, la maladie entraîner une déperdition de forces qu'on n'avait pas lieu d'attendre et qui tient à l'âge des malades plus qu'à l'intensité de l'affection ».

Lors de la grande discussion sur la question de « l'infectiosité et de la contagiosité des amygdalites », nous retrouvons l'observation de Frenkel, de Berlin : le cas rapporté par cet auteur n'est certainement qu'un abcès de l'amygdale compliqué de diphtérie.

Avec l'institution du diagnostic bactériologique, pratiqué systématiquement vers 1890, les constatations des anciens auteurs se trouvent confirmées. Plusieurs travaux révèlent, depuis, cette association de la diphtérie et du phlegmon amygdalien (Roché Henri, Gouguenheim).

Jusque-là la seule notion acquise est celle d'une affection étiquetée « phlegmon de l'amygdale compliqué de diphtérie ». Dans son manuel de pathologie interne publié en 1897, Dieulafoy écrit que : « Certaines amygdalites suppurées peuvent être associées au bacille diphtérique. » ; et plus loin : « L'angine diphtéro-streptococcique revêt le masque de l'amyg-

dalite suppurée. » La question était en vérité plus complexe. Toutes les observations rapportées ne présentaient pas les mêmes faits cliniques.

C'est au médecin suédois Harald Ernberg que revient le mérite d'avoir, pour la première fois, dégagé nettement la forme pseudo-phlegmoneuse de l'angine diphtérique qui doit être différenciée complètement du phlegmon de l'amygdale compliqué de diphtérie. Dans son article, cet auteur signale d'abord, à titre de comparaison, quelques cas d'angine phlegmoneuse associée à la diphtérie; puis il rapporte ensuite quatre observations dans lesquelles l'angine diphtérique a vraiment simulé l'angine phlegmoneuse. L'opinion de ce savant est la suivante : « Les choses se passent pourtant quelquefois autrement et cela quand il s'agit de certains cas de diphtérie simulant une angine phlegmoneuse. S'il faut savoir que cette angine phlegmoneuse peut se compliquer de diphtérie, il faut savoir également qu'une diphtérie peut ressembler à une angine phlegmoneuse... il est d'une très grande importance de se souvenir de cette ressemblance et de la possibilité de la confusion, attendu que cette méprise peut être très néfaste pour le malade. » Puis au moment de citer ses observations : « Il s'agit maintenant de cas simulant une angine phlegmoneuse, et où l'on fit des incisions, à la suite d'un tel diagnostic. »

Au même moment, Louis Martin fit, sur ce sujet, une communication à la Société Médicale des Hôpitaux (20 mai 1904). Dans sa thèse (Paris 1904) M. F.

Maire, un élève de ce dernier, réunit sous le titre de « Sur une forme spéciale de l'angine diphtérique pure simulant l'angine phlegmoneuse » des observations personnelles, celles de Martin et de Harald Ernberg. Il conclut en disant que « l'angine diphtérique pure et non associée est susceptible, chez l'adulte, de s'accompagner d'une réaction inflammatoire très prononcée. Cette réaction inflammatoire, se limitant à l'amygdale et au tissu périamygdalien, simule d'une façon parfaite l'angine phlegmoneuse. »

ETUDE CLINIQUE

I. — ANGINE DIPHTÉRIQUE

A FORME PSEUDO-PHLEGMONEUSE CLASSIQUE.

Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici la description clinique de cette forme si spéciale de l'angine diphtérique qu'a donnée le professeur Widal dans son traité classique paru en 1926.

« L'angine diphtérique à forme pseudo-phlegmoneuse a souvent un début brusque avec frissons, fièvre, douleur cervicale, gêne marquée de la déglutition. La gorge est rouge, mais la tuméfaction est surtout marquée au niveau de la fossette sus-amygdalienne d'un seul côté. On retrouve là l'aspect classique de l'abcès de l'amygdale mais, constatation de la plus haute importance pour le diagnostic, il n'y a pas de trismus; celui-ci, on le sait, ne manque jamais dans l'abcès amygdalien. L'amygdale se tuméfie à son tour et se recouvre d'une fausse membrane blanc-jaunâtre. L'autre amygdale apparaît rouge, mais à peine tuméfiée et l'exsudat qui la recouvre est peu marqué; il fait défaut même dans les pre-

miers jours. Le cou est le siège d'un empâtement très prononcé du côté seulement où siège l'angine. Cet empâtement est douloureux. La fièvre est vive et l'état général très altéré : abattement et teint terreux. »

A cette description magistrale, il nous semble que l'on puisse rapporter les observations suivantes recueillies dans les diverses publications faites à ce sujet.

OBSERVATION I

(D^r Louis MARTIN).

Marie-Louise L..., 16 ans. Entre à l'hôpital le 10 août.

Début dans la nuit du 8 au 9 par douleur de la gorge s'accompagnant de fièvre.

L'examen à l'entrée fait voir au niveau de la gorge, à droite : une amygdale grosse, rouge et douloureuse, soulevant la partie voisine du voile du palais qui est le siège d'une réaction inflammatoire très prononcée.

Sur cette amygdale on note la présence d'une fausse membrane de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. L'affection est unilatérale, on ne note rien à gauche; et son aspect est celui d'une amygdalite phlegmoneuse.

Température : 37° 9.

On fait une injection de 40 cmc. S. A. D.

Le 11 août : L'amélioration est très accusée. La température est à 36° le matin, à 36° 3 le soir.

Le 12 août : L'amygdale droite s'est considérablement affaissée. La fausse membrane a disparu, sans que la malade ait craché de pus.

La température : 37° le matin, 36° 9 le soir.

La malade guérie quitte l'hôpital le 22 août.

Examen bactériologique : Bacille de Lœffler.

OBSERVATION II

(D^r Louis MARTIN).

Victor D..., 21 ans. Entre à l'hôpital le 10 juillet.

Son affection a débuté il y a trois jour par un mal de gorge s'accompagnant d'un point douloureux au niveau de la mâchoire à droite; en même temps apparaissent quelques symptômes généraux : fièvre, insomnie, céphalalgie, dysphagie.

Examen à son entrée : On constate au niveau de la gorge, à droite, une amygdale très augmentée de volume, siège d'une rougeur intense, et qui est recouverte d'une fausse membrane blanc grisâtre.

Le voile du palais du même côté est soulevé par cette amygdale; il est rouge, lisse et tendre; cet ensemble forme une tuméfaction rappelant par son aspect l'angine phlegmoneuse.

La luette est rouge et œdémateuse sans exsudat.

L'amygdale gauche est légèrement rouge et a conservé son volume normal.

L'haleine est fétide, la langue saburrale.

Température : 38°.

On fait une injection de 40 cmc. S. A. D.

Dès le lendemain l'amélioration est sensible. L'état général est meilleur; la température est à la normale.

Le 12 juillet : La tuméfaction au niveau de la gorge a en grande partie disparu, sans qu'il y ait eu de suppuration. La déglutition se fait mieux, l'adénopathie est moins douloureuse.

Dans les jours qui suivent la tuméfaction continue à s'affaïsser rapidement, la gorge reprend son aspect normal.

La malade quitte l'hôpital le 20 juillet.

Examen bactériologique : Ensemencement sur deux tubes de sérum coagulé. Les deux tubes sont couverts de nombreuses colonies de « bacilles diphtériques ».

OBSERVATION III

(HARALD ERNBERG).

K. F..., 24 ans, marchand de fourrages.

Début le 10 avril par un mal de gorge s'accompagnant de frissons. Envoyé le jour suivant à l'hôpital par son médecin, avec le diagnostic d'angine phlegmoneuse, il est admis dans la section d'observation.

A son entrée, l'état général est assez déprimé.

Au niveau de la gorge on constate une inflammation très prononcée; la luette est œdémateuse. A gauche, on note un gonflement siège d'une réaction inflammatoire intense.

L'haleine est fétide. Adénopathie douloureuse.

On fait une incision à gauche; elle demeure sans résultat.

Le matin suivant, l'examen bactériologique révèle la présence du bacille de Loeffler.

L'état du malade avait alors empiré. L'examen de l'arrière-gorge était devenu impossible. Des fausses membranes couvraient le pilier antérieur empiétant sur le voile du palais.

On injecte du sérum antidiphtérique : 5.000 unités.

Le 13 : Pas de changement dans l'état du malade.

Le 14 : La gorge se nettoie. La température est normale. Les membranes se détachent lentement au niveau de l'incision. Quand le malade boit, les liquides ressortent par le nez.

Le 22 : On trouve de l'albumine dans les urines.

Le 8 : La voix est plus nasonnée et le malade se plaint de fatigue de la vue pendant la lecture.

Ensuite guérison.

OBERVATION IV
(HARALD ERNBERG).

A. N..., 29 ans, ouvrier. Début par un mal de gorge le 30 janvier. A son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 1^{er} février, l'état général du malade était bon.

La gorge présentait un gonflement s'accompagnant d'engorgement des ganglions du cou.

Température : 39°.

Examen bactériologique : coccus.

Le malade était placé à la section d'observation. Le jour suivant le voile du palais fait saillie en haut. On fait alors une incision qui n'amène aucun résultat.

Un ensemencement fait le même jour donne une culture pure de bacille de Loeffler.

On injecte du sérum antidiphtérique : 2.500 unités. Cette injection fut répétée le jour suivant.

A partir du 6 février l'état va en s'améliorant et le 24 on congédie le malade comme guéri et exempt de bacille de la diphtérie.

Suivant lettre de lui du 19 avril, il continue à se bien porter.

OBSERVATION V (Résumée)
(AVIRAGNET et GILARD).

Mathilde G..., 12 ans.

Dans ses antécédents, angines très fréquentes, particulièrement localisées à droite.

Début de l'affection le 16 décembre par « mal de gorge ».

Entre à l'hôpital le 17 décembre.

A l'examen : gonflement très apparent du cou, limité du côté droit, envahissant les régions sous-maxillaire, parotidienne et sternomastoïdienne. Il s'agit d'un œdème mou, dépressible; les ganglions ne sont pas perceptibles.

Pas de trismus; l'amygdale droite, très rouge, fait saillie; elle est recouverte, sur sa face interne, d'une fausse membrane blanc nacré, présentant l'aspect typique d'une fausse membrane diphtérique. Rien d'anormal à gauche.

Température : 38°5; pouls : 110, bien frappé; facies assez coloré.

Injection de S. A. D. : 80 cmc.

Le 18 décembre, la tuméfaction du cou a augmenté à droite; l'examen bactériologique confirme le diagnostic de diphtérie.

Le 19 décembre, les phénomènes douloureux sont très atténués; l'œdème cervical a diminué, ainsi que la tuméfaction de l'amygdale; la fausse membrane est en voie de disparition.

Température : 37°5; pouls : 120.

Nouvelle injection de S. A. D. : 40 cmc.

Le 20 décembre, plus de douleurs, plus d'œdème cervical; la fausse membrane a disparu; la malade est apyrétique. L'amygdale droite est un peu plus tuméfiée que la gauche, et, à sa partie supérieure, on constate l'existence d'une fosse sus-amygdalienne assez profonde, dans laquelle le stylet s'enfonce d'un demi-centimètre environ.

Le 24 décembre, gorge normale.

Le 8 janvier, la malade sort guérie de l'hôpital.

OBSERVATION VI

(M. ESCAT).

Le 4 juin 1909, je vois dans mon cabinet un homme de 30 ans environ, qui se plaint, depuis deux jours, de dysphagie intense.

Le voile du palais est extrêmement tuméfié du côté droit. Au premier aspect, il paraît s'agir de périamygdalite phlegmoneuse classique.

Mais, dans la fossette sus-amygdalienne correspon-

dante, je reconnais un exsudat pultacé, demi-fibrineux, assez suspect. Adénite sous-angulo-maxillaire bilatérale assez prononcée, mais plus marquée du côté opposé que du côté correspondant à la lésion pharyngée.

Ce croisement de l'adénite et de l'amygdalite éveille mes soupçons. Pouls fréquent et fébrile.

Je fais un ensemencement sur sérum gélatiné. Je prescris des gargarismes chauds au phénosalyl ainsi que des badigeonnages à la glycérine bichlorurée et j'engage le malade à s'aliter, lui donnant une lettre pour son médecin traitant, à qui je conseille de pratiquer, le plus tôt possible, une injection de sérum antidiphtérique.

La culture donne du bacille de Loeffler, ce dont je préviens par lettre le médecin traitant, et je n'entends plus parler du malade.

Six semaines plus tard, il revient me consulter pour une paralysie classique du voile du palais; il présente des troubles pupillaires, de la faiblesse dans les membres et de l'abolition du réflexe rotulien.

J'apprends en même temps que, se sentant soulagé par le traitement local que je lui avais prescrit lors de sa première visite, il a jugé utile d'aller voir son médecin traitant et a commis l'imprudence de ne pas se faire appliquer le sérum de Roux; ainsi que je le lui avais conseillé.

La paralysie diphtérique guérit au bout de quelques semaines.

OBSERVATION VII

(M. ESCAT).

Le 6 décembre 1911, une femme de 28 ans, domestique chez un confrère, présente des symptômes d'angine avec exsudat blanc.

Adénite et fièvre; température : 39°.

Dysphagie peu prononcée.

Le confrère prescrit des gargarismes qui font tomber presque tout l'exsudat, mais voyant l'amygdale gauche et le voile du palais du côté correspondant tuméfiés, il me prie de voir la malade, pensant à la possibilité d'une angine phlegmoneuse.

L'aspect est bien celui de la périamygdalite phlegmoneuse. A ce moment, on ne voit plus trace d'exsudat fibrineux ni même pultacé.

Je fais un ensemencement à l'aide d'un prélèvement fait dans la profondeur du recessus palatin; puis je cautérise le recessus à l'aide d'un crochet cannelé de Ruault, sans faire sourdre la moindre goutte de pus.

Le lendemain, état stationnaire. Le soir, j'apprends que la culture a donné du bacille de Lœffler.

Injection de 30 cmc. de sérum, renouvelée le lendemain. Guérison rapide sans suppuration.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(F. MAIRE).

Constant D..., 24 ans, peintre en bâtiment.

Début de l'affection par « mal de gorge ». Le lendemain, céphalalgie intense, fièvre, inappétence.

Entre à l'hôpital le 9 novembre.

A l'examen : Au niveau de la gorge, à gauche, amygdale très volumineuse; le voile de ce côté fait saillie; la luette est œdémateuse.

Adénopathie angulo-maxillaire gauche; douloureuse injection de S. A. D. : 40 cmc.

Le 10 novembre, après une nuit agitée, l'examen pratiqué le matin révèle une accentuation de l'angine et une augmentation de volume de l'amygdale.

L'affection est unilatérale et se présente sous un aspect nettement phlegmoneux.

Trismus, déglutition difficile, haleine fétide, gonfle-

ment prononcé du cou à gauche. Mauvais état général; pouls petit, rapide; température : 39° 2.

Le 11, le malade a eu une nuit calme; le matin, à l'examen, le gonflement de la gorge n'a pas diminué; la fausse membrane s'est épaissie, prenant l'aspect d'une véritable couenne; le trismus a presque complètement disparu; la déglutition est plus facile; pouls à 80; température : 38°.

Le 12, la tuméfaction tonsillo-palatine a considérablement diminué, la fausse membrane a été rejetée.

Amélioration continue les jours suivants.

Le 17, la gorge a repris son aspect normal.

Le malade quitte l'hôpital le 27 novembre, guéri.

Recherche du bacille de Loeffler positive.

En résumé, quels faits cliniques se dégagent de telles observations ?

D'abord, l'affection dont sont porteurs ces divers malades revêt plusieurs caractères particuliers : gonflement inflammatoire de l'amygdale et de la région périlonsillaire très accusé, mais limité à un seul côté ; adénopathie à prédominance angulo-maxillaire également unilatérale, correspondant presque toujours du côté de la lésion et s'accompagnant d'empatement cervical. A cela vient s'ajouter la présence d'un exsudat unilatéral en rapport avec la lésion, se prolongeant souvent sur le voile du palais et pouvant en même temps siéger sur la luette.

Il n'existe pas habituellement de trismus : dans l'observation VIII cependant, observation de F. Maire, nous trouvons ce signe clinique noté.

L'évolution de ces cas est relativement favorable. Malgré l'allure sévère de la maladie, l'atteinte de l'état général dès le début, et bien que le diagnostic ne soit pas toujours fait d'une façon précoce, les injections de sérum à fortes doses, répétées lorsqu'il en est besoin, font céder les phénomènes d'intoxication diphtérique et permettent au malade de guérir même des complications paralytiques possibles (Observation VI).

II. — FORME PSEUDO-PHLEGMONEUSE MALIGNE DE L'ANGINE DIPHTÉRIQUE.

Cette angine débute brusquement par une température élevée : 39°-40°, accompagnée de frissons, asthénie profonde, dysphagie très pénible qui augmente rapidement et rend même impossible la déglutition de la salive.

La région cervicale est le siège d'une infiltration ganglionnaire bilatérale très importante qui envahit la région sous-mentonnière : grosse péri-adénite, mais il n'existe pas de ganglion isolé.

L'absence de trismus, toujours constatée, malgré les phénomènes réactionnels intenses, rend facile l'examen de la gorge. Celui-ci révèle : une rougeur généralisée de la luette, du voile, des piliers et des deux amygdales. Il existe en même temps un œdème considérable de toute la région. La luette est très augmentée de volume. Les piliers antérieurs, com-

plètement œdématisés, viennent presque au contact. Il est parfois difficile d'apercevoir l'amygdale en arrière de ces derniers. La luette descend quelquefois en arrière de la base de la langue.

Malgré la bilatéralité toujours constatée de ces lésions, il y a souvent prédominance des phénomènes du côté de l'une ou l'autre amygdale.

Cet état est très rapidement constitué au bout de 24 à 48 heures. La tuméfaction des deux régions amygdaliennes donne à ce moment, sous l'œdème, l'impression d'une double collection suppurée.

L'haleine est très fétide.

Il existe alors des fausses membranes : si discrètes au début, qu'elles passent inaperçues à un premier examen ou bien sont confondues avec un enduit pul-tacé banal, ces dernières se précisent cependant peu à peu : elles présentent un aspect grisâtre, elles sont épaisses et se laissent difficilement détacher. Il faut quelquefois rechercher la fausse membrane car elle peut siéger en arrière de l'amygdale.

Très rapidement l'état général s'aggrave. Le teint prend un aspect terreux, caractéristique de l'intoxication diphtérique. La température reste élevée.

Le pouls est petit, rapide, irrégulier. La mort survient précocement, soit par extension des lésions (croup et trachéo-bronchite diphtérique) aboutissant à l'asphyxie, soit par collapsus cardiaque ou syncope.

Nous avons retenu, parmi les diverses observations publiées sous l'étiquette de « forme pseudo-phlegmoneuse classique de l'angine diphtérique »,

trois cas qui nous paraissent répondre assez exactement à la description que nous venons de donner de cette nouvelle forme très maligne de l'angine diphtérique. Nous y joignons trois observations personnelles que nous croyons particulièrement concluantes.

OBSERVATION I (Résumée)

(L. MARTIN).

A. B..., 23 ans.

Un médecin voit le malade le 3 septembre et porte le diagnostic de phlegmon périamygdalien.

Le 3 septembre, incision qui ne ramène que du sang.

Le 5 septembre, le malade entre à l'hôpital.

A l'examen : Grosses amygdales phlegmoneuses, recouvertes de fausses membranes; le cou est œdématié, les ganglions sont durs et douloureux, mais peu engorgés.

Peu après son arrivée à l'hôpital, le malade est pris d'un accès de suffocation; l'accès se calme au bout de quelques instants, mais il reste de la gêne respiratoire.

Injection de S. A. D. : 80 cmc.

Préparatifs pour injection intra-veineuse. Avant que ceux-ci soient terminés, le malade est pris d'un nouvel accès de suffocation : il ouvre la bouche, contracte ses commissures labiales, fait un effort pour respirer, pâlit, retombe sur son lit, a encore deux ou trois respirations incomplètes, pénibles, et meurt tué par la toxine diphtérique.

OBSERVATION II (Résumée)

(L. MARTIN).

L. P..., 16 ans.

Se plaint vers midi de mal à la gorge et accuse une

grande lassitude; dès le soir, il a de la dysphagie; le lendemain, il ne peut plus avaler.

Il entre à l'hôpital le 9 août.

A l'examen : Gonflement énorme de l'amygdale droite et de la luette; l'isthme du gosier se trouve complètement obstrué. Pas de fausses membranes, mais la muqueuse buccale, au niveau de la partie tuméfiée, paraît boursoufflée, chagrinée, avec de petites ecchymoses par places. Le gonflement ganglionnaire est énorme. L'état général est des plus mauvais.

Injection de S. A. D. Ensemencement.

A 10 heures du soir, la malade s'affaiblit; des pointes de feu, fines mais profondes, appliquées sur l'amygdale, ne donnent aucun résultat.

A 2 heures du matin, le malade meurt avec une pâleur extrême, les extrémités froides et un pouls régulier à 32, sans phénomènes asphyxiques.

Le diagnostic de diphtérie n'a été porté par aucun des trois médecins qui l'ont examiné.

Deux ponctions de la tumeur ont été faites : la première, sur le vivant, a ramené un liquide clair : pas d'aérobies; la deuxième a été pratiquée sur le cadavre : pas d'anaérobies.

La cause de cette mort si rapide est bien le bacille diphtérique qui a été trouvé dans les cultures; par ailleurs, une enquête sérieuse vint confirmer ce diagnostic en révélant qu'il y avait, dans la maison habitée par le malade, de nombreux cas de diphtérie.

OBSERVATION III (Résumée)

(HARALD ERNBERG).

D. R..., 28 ans, comptable.

Début de la maladie le 1^{er} février par un « mal de gorge ».

Le 3 février, à 11 heures du matin, il consulte un

médecin qui lui fait, au niveau de la gorge, une incision. Son état s'aggrave dans l'après-midi et le malade entre à l'hôpital à 11 heures du soir.

A son entrée, dépression marquée, impossibilité d'articuler un son; respiration difficile.

A l'examen : Gônfflement prononcé, le voile du palais fait saillie, surtout en haut.

Une fausse membrane recouvre le pilier antérieur, la luette œdémateuse et s'étend sur le voile jusqu'à la voûte palatine.

Injection de S. A. D. : 7.500 unités.

Examen bactériologique : bacille de Lœffler.

Vers 4 heures du matin, la respiration devient difficile, et le malade meurt vers 5 h. 30 après trachéotomie.

A l'autopsie, le pharynx, le larynx et la partie supérieure de la trachée étaient tapissés de fausses membranes.

Observations personnelles :

· OBSERVATION IV

Louis C..., 22 ans, entre à l'Hôpital Lariboisière, le 8 février 1929, avec le diagnostic de phlegmon de l'amygdale.

La maladie a débuté brusquement le 6 février par les symptômes suivants : Température à 40°; asthénie.

Dysphagie qui se précise rapidement et devient complète en 48 heures.

Examen à l'entrée :

Le malade est très fatigué. Il a le teint pâle. Son haleine est fétide.

La région cervicale est le siège d'une infiltration ganglionnaire bilatérale atteignant en avant la région sous-mentonnière.

On ne note pas l'existence de trismus.

La rapidité de l'évolution, l'asthénie profonde, la pâleur du malade, l'infiltration ganglionnaire bilatérale, l'absence de trismus orientent immédiatement vers l'hypothèse de diphtérie. Mais l'examen de la gorge fait momentanément abandonner ce diagnostic.

En effet, à l'examen, celle-ci est à s'y méprendre le siège d'un phlegmon double de l'amygdale.

Le voile du palais est rouge et œdématié dans toute son étendue. Les piliers antérieurs, tuméfiés par l'œdème, masquent les deux amygdales. La luette, elle aussi gonflée d'œdème, a presque triplé de volume.

Il existe bien en deux ou trois endroits sur le voile, à la limite de la région amygdalienne, quelques formations pseudo-membraneuses grisâtres, mais elles ne sont guère différentes des exsudats habituellement rencontrés au cours du phlegmon amygdalien, et elles sont tellement discrètes qu'on n'y attache sur le moment aucune importance.

De fait, l'attention est tout entière retenue par l'aspect du voile, par sa tuméfaction rouge, œdémateuse, appelant l'incision.

Une pince est introduite profondément dans l'une et l'autre fossette sus-amygdalienne et on est étonné de ne trouver aucun foyer de suppuration.

C'est alors qu'on en vient à soupçonner l'erreur de diagnostic et à envisager à nouveau l'hypothèse de diphtérie.

On procède immédiatement à un ensemencement. Sans attendre le résultat, on injecte 60 cm³ de sérum.

Le soir même l'état du malade s'aggrave. On note l'apparition d'accès de suffocation.

Dans la nuit, l'accentuation de la dyspnée avec tirage et cornage force à pratiquer d'urgence une trachéotomie.

Le lendemain matin, le malade succombe.

L'examen de laboratoire donne le résultat suivant : culture pure de bacilles diphtériques longs.

OBSERVATION V

Félicien D..., 30 ans.

Le début de la maladie a lieu le 20 septembre.

Les premiers symptômes sont les suivants : frissons; température à 39°; dysphagie légère; gonflement bilatéral de la région cervicale.

Le malade s'alite chez lui.

Le 21 septembre, il se fait examiner par son médecin qui pose le diagnostic de phlegmon amygdalien. Ce dernier demande un spécialiste en consultation. Le diagnostic de phlegmon est confirmé. On décide de pratiquer aussitôt l'incision classique du voile. On ne trouve pas de pus.

Le 22, le malade est admis à l'Hôpital Lariboisière dans le service de laryngologie.

Examen à l'entrée :

Température à 38° 5.

Bon état général. Bon faciès rouge. Le malade paraît à peine fatigué.

On note une adénopathie cervicale bilatérale avec forte périadénite.

Existence d'un trismus très modéré.

En pratiquant l'examen de la gorge, on est surtout frappé ici aussi par la tuméfaction œdémateuse du voile du palais.

Cette tuméfaction est bilatérale, mais surtout marquée à droite où elle se prolonge jusqu'à la limite la plus externe du voile.

La région amygdalienne droite est rouge, œdématiée, en saillie.

La luette est énorme, du volume du petit doigt. Il

n'est pas possible d'apercevoir son extrémité inférieure cachée derrière la base de la langue.

L'amygdale gauche semble normale. L'amygdale droite est presque complètement masquée par le pilier antérieur tuméfié et par la luette œdématisée.

C'est là tout l'aspect d'un phlegmon amygdalien, et cependant, à un examen plus attentif, on note :

1° Sur le voile, à la limite de la tuméfaction œdémateuse, une fausse membrane grisâtre, épaisse, ne se laissant pas détacher;

2° Sur la petite partie de l'amygdale droite demeurée accessible à la vue, un amas sanieux, grisâtre, que l'on arrive difficilement à détacher et qui laissè voir, sous lui, une muqueuse rouge et saignante.

La notion d'une intervention pratiquée la veille fait rejeter le diagnostic de phlegmon amygdalien et fait penser à la diphtérie.

On ensemence aussitôt un tube de sérum gélatiné à l'aide d'un prélèvement fait avec un stylet de platine dans la profondeur de la fossette sus-amygdalienne droite.

Une injection de 80 cm³ de sérum désalbuminé de l'Institut Pasteur est faite aussitôt au malade.

Le lendemain, 23 septembre, mort subite.

Résultat du laboratoire : Bacilles diphtériques longs sans association de streptocoque.

OBSERVATION VI

M^{me} Andrée R..., 36 ans.

Début le 6 décembre par : de la température; des douleurs dans la gorge.

Le lendemain, la malade est examinée par 3 médecins.

Les deux premiers pensent à un phlegmon de l'amygdale.

Le troisième parle de phlegmon gangréneux de la gorge.

Un spécialiste est appelé en dernier ressort : il pratique une incision. Il ne trouve pas de pus.

La malade est hospitalisée à Lariboisière le 8 décembre.

Lorsqu'on l'examine à l'entrée on note :

Une température à 40°;

Teint terreux;

Infiltration ganglionnaire cervicale bilatérale : péri-adénite très importante;

Pas de trismus.

L'examen de la gorge révèle :

Un très gros œdème bilatéral.

Les deux régions amygdaliennes très tuméfiées sont en saillie au milieu de l'œdème.

La luette est elle aussi fortement œdématiée.

On note quelques fausses membranes très discrètes, grisâtres, à la surface de l'une et l'autre amygdale.

A la limite de l'œdème, sur le côté droit du voile, on trouve une fausse membrane très épaisse, véritable couenne, impossible à détacher.

La constatation de ces quelques fausses membranes, l'existence d'un piqueté hémorragique sous la muqueuse œdématiée dans la moitié gauche du voile font penser à la diphtérie.

On pratique un ensemencement.

Une injection de 60 cm³ de sérum est faite à la malade. Passage à Claude Bernard.

Le lendemain, décès.

Résultat de l'examen de laboratoire : Culture de bacilles de Loeffler.

Dans ces diverses observations, nous croyons

retrouver les mêmes caractères cliniques. Nous avons bien affaire à de véritables formes pseudo-phlegmoneuses, l'erreur de diagnostic ayant conduit, dans plusieurs cas, jusqu'à l'incision. Cette incision ne ramène d'ailleurs jamais de pus.

Au point de vue de l'examen bactériologique, nous obtenons des résultats identiques : chaque fois présence du bacille de Loeffler pur, sans association avec le streptocoque. Dans nos trois observations personnelles, nous avons même pu préciser qu'il s'agissait de bâcilles diphtériques longs.

Un caractère frappant est cette évolution extrêmement rapide : dans la première observation de L. Martin, le malade vu pour la première fois le 3 septembre, et pour lequel on pose aussitôt le diagnostic de phlegmon périamygdalien, entre le 5 septembre à l'hôpital et y meurt aussitôt après une injection de 80 centimètres cubes de S. A. A. Dans l'observation II, même tableau : le malade décède peu après le début de l'affection, le diagnostic ayant été fait tardivement il est vrai. Dans la troisième observation, la maladie débute le 1^{er} février et le malade succombe le 3, après une injection importante de S. A. D.

Dans nos cas personnels, la rapidité de l'évolution est remarquable : chaque fois, après un errement qui dure de un à deux jours et conduit à l'incision du pseudo-phlegmon, le malade meurt malgré d'importantes injections de S. A. D.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du phlegmon de l'amygdale et celui de la diphthérie pseudo-phlegmoneuse sont toujours cliniquement très difficiles : nous en donnons pour preuve ces diverses observations où l'erreur de diagnostic au début a conduit, dans plusieurs cas, jusqu'à l'incision.

Ce qui peut justifier l'erreur c'est :

La prédominance de la tuméfaction du voile et de l'œdème de la muqueuse envahissant les piliers, le voile et la luette.

L'existence de fausses membranes tellement discrètes qu'elles peuvent passer inaperçues à un premier examen et sont alors confondues avec un enduit pultacé banal.

La tuméfaction des deux régions amygdaliennes donnant nettement l'impression de la présence d'une double collection suppurée sous l'œdème.

Toutefois, les signes primordiaux suivants auraient dû éviter l'erreur et permettre, dès le début, de faire le diagnostic exact.

Ce sont :

La rapidité de l'évolution : dans les trois observations personnelles, l'aspect, au bout de 48 heures, est le même que celui réalisé par le phlegmon amygdalien au cinquième jour.

L'œdème de la luette existe, ainsi que dans le phlegmon de l'amygdale où il est un signe certain de suppuration : mais dans cette dernière affection, on doit se rappeler qu'il ne s'observe jamais avant le quatrième jour.

L'absence de trismus : fait caractéristique qui ne manque jamais et qui est un gros signe distinctif des deux affections.

La bilatéralité : on observe parfois une prédominance unilatérale dans l'angine diphtérique pseudo-phlegmoneuse maligne : mais il existe toujours, néanmoins, des lésions des deux côtés. Le phlegmon amygdalien double peut exister quelquefois : si rarement que lorsqu'on a l'impression que deux phlegmons de l'amygdale évoluent simultanément, on doit toujours penser à la possibilité de diphtérie.

L'adénopathie bilatérale avec prise de la région sous-mentonnière : grosse périadénite, pas de ganglion isolé.

L'examen général révélant des signes d'intoxication diphtérique : teint terreux s'opposant au faciès coloré du malade atteint de phlegmon amygdalien ; asthénie profonde, etc...

L'ensemencement qui donne rapidement une culture pure de bacilles diphtériques.

On ne saurait trop insister sur l'importance du diagnostic précoce d'où dépend le sort du malade. Peut-être une injection massive de sérum antidiphthérique, faite dès le premier jour, pourrait-elle empêcher l'évolution fatale dans cette forme hypermaligne de l'angine pseudo-phlegmoneuse.

Nous ne pouvons nous prononcer sur ce sujet, des injections de 60 à 80 centimètres cubes de sérum pratiquées le deuxième ou le troisième jour de l'affection n'ayant pu enrayer, dans aucun de nos trois cas, la mort précoce.

De toutes façons, lorsqu'en présence d'une angine phlegmoneuse le clinicien sera conduit de par l'aspect de la lésion et de par son instinct clinique à douter fortement, il ne devra pas oublier ce principe fondamental : « En matière de diphtérie, dans le doute on ne s'abstient pas. »

CONCLUSIONS

I. — Il faut différencier le phlegmon vrai de l'amygdale compliqué de diphtérie des formes pseudo-phlegmoneuses de l'angine diphtérique.

II. — A côté d'une forme classique, relativement bénigne lorsque le diagnostic est fait à temps, et caractérisée par la guérison (même des complications paralytiques possibles), on peut décrire une forme particulièrement maligne aboutissant à la mort.

III. — Ce qui caractérise cette forme c'est :

1° La bilatéralité avec parfois prédominance unilatérale mais, néanmoins, toujours existence de lésions des deux côtés.

2° La prédominance de la tuméfaction du voile et de l'œdème de la muqueuse (piliers, voile, luette).

3° L'adénopathie bilatérale cervicale avec prise de la région sous-mentonnière et grosse périadénite.

4° L'absence de trismus.

5° L'absence de pus, lorsqu'on pratique l'incision, à la suite d'une erreur de diagnostic.

6° La gravité de l'état général.

7° La rapidité de l'évolution.

IV. — Malgré le traitement sérothérapique intense et plus ou moins rapidement institué, la mort survient précocement par asphyxie ou collapsus cardiaque.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
P. SÉBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ARSIMOLES. — *Des abcès péri-amygdaliens*. Thèse Toulouse, 1902.

AVIRAGUET et GILARD. — Phlegmon de l'amygdale et diphtérie. *L'Hôpital*, janvier 1914.

BARBIER. — Nouvelles recherches sur les formes cliniques et bactériologiques de la diphtérie. *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 1897.

BARSTOW. — A contribution to the study of peritonsillon abcess. *Med. Rev. N. Y.*, 1902.

BARTHEZ. — *Archives de Médecine*, 1859.

BOTEY. — De l'importance du pôle supérieur de l'amygdale. *Annales des Maladies de l'oreille*, année 1900, n° 2.

CHIARI. — Localisation de l'angine phlegmoneuse. *Revue hebdom. de Laryng.*, année 1889.

CURTIS BROWN. — Follicular tonsillitis. *Gaillardo Med. Journal N. Y.*, 1902.

DIEULAFOY. — Angine phlegmoneuse. *Manuel de Pathologie interne*, t. II, 16^e édition.

ESCAT. — Diphtérie du recessus palatin et diphtérie pseudo-phlegmoneuse. *Mémoire déposé à la « Presse oto-rhino-laryng. belge »*, juin 1914.

— *Traité des maladies du pharynx*.

- Traitement de l'angine phlegmoneuse. *Arch. Méd. Toulouse*, 1904.
- *Technique oto-rhino-laryngologique*, 1911, 2^e édit.
- FRENKEL. — *Berlin Klin. Woch.*, 1887.
- FORSHEIMER. — Some remote diseases arising from tonsillar infect. *Arch. Pediat. N. Y.*, 1902.
- Germain SÉE. — *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1860.
- GIRESSÉ. — *Contribution à l'étude de la diphtérie primitive de l'amygdale pharyngée*. Thèse Bordeaux, 1907.
- GOODALE. — La fosse supra-tonsillaire comme voie d'infection. *Analyse. Annales des Maladies de l'oreille*, année 1899.
- GOUGUENHEIM. — *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1897.
- HARALD ERNBERG. — *Om förhållandet mellan diphteri och angina phlegmonosa, hygiea Stockolm*, 1903.
- HENRY. — *Contribution à l'étude des diphtéries associées*. Thèse Paris, 1898.
- HUBBARD. — Abscess péritonsillaire et diphtérie. *Revue hebdomadaire de Laryng.*, 1899, n° 33.
- LANDOUZY. — *Thèse d'agrégation*. Paris, 1880.
- LASÈGUE. — *Traité des Angines*, 1868.
- LECONTE. — *Considérations sur le traitement des formes cliniques de l'angine diphtérique*.
- LEGRAND. — *Arch. de Méd. et Pharm. milit.*, XLVIII, 1906, p. 337.
- LEMAITRE. — Phlegmon péri-amygdalien. *Semaine méd.*, 1890.
- MAINGAULT. — *Archives de Médecine*, 1859.
- MARTIN. — *Bull. Soc. Méd. des Hôp. Paris*, XXI, 1904, p. 545.
- MAIRE. — *Sur une forme spéciale de l'angine diphtérique pure simulant l'angine phlegmoneuse*. Thèse Paris, 1904.
- MARQUEZ. — *Rapport à la Société Méd. du Haut-Rhin*, 1860.

- MARFAN. — *Leçons cliniques sur la diphtérie*. Paris, Masson, 1905.
- Diagnostic de l'angine diphtérique. *Gaz. des Hôp.*, mars 1903.
- MAYER. — *L'Union médicale*, 1860.
- MOREL. — *Thèse Paris*, 1891.
- MOURE. — *Manuel des Maladies des fosses nasales*.
- PATERSON. — The fossa supra-tonsillaris and its affections. *Anal. in Rev. hebd. de Laryng.*, année 1899.
- REYGASSE. — *Pathologie du recessus palatin*. Thèse Toulouse, 1916.
- ROCHÉ. — *Diphtérie chez l'adulte*. Thèse Paris, 1896.
- ROGER. — *Rev. de Méd.* 1899. Sur quelques maladies infectieuses.
- *Rev. de Méd.* 1900. Sur quelques maladies infectieuses.
- RICE. — De l'étiologie de l'amygdalite suppurée. *Med. Record. New-York*, juin 1891.
- SALLARD. — *De l'amygdalite aiguë*. Paris, 1892.
- SANNÉ. — *Traité de la Diphtérie*, 1871.
- SENDZIACK. — Diphtérie du pharynx. *Rev. hebd. de Laryng.*, 1899, n° 1.
- SÉGARD. — Les angines de la diphtérie. *Le Consultaire*, Paris, 1926.
- SICRE. — *Le recessus palatin; son rôle dans la diphtérie pseudo-phlegmoneuse*. Thèse Toulouse, 1917.
- TROUSSEAU. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1855.
- WIDAL. — *Traité classique de Pathologie interne*, 1926.
-

